

WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE, AND FAMILY PLANNING WAIVER INSTRUCTIONS FOR APPLICATION AND REVIEW INSTRUCCIONES DE SOLICITUD Y REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS FAMILY MEDICAID, BADGERCARE Y FAMILY PLANNING WAIVER DE WISCONSIN

Esta solicitud debe ser completada por familias con hijos menores de 19 años de edad y mujeres embarazadas que deseen inscribirse en los planes *Medicaid* o *BadgerCare* de Wisconsin, y por mujeres solteras de entre 15 y 44 años de edad que deseen inscribirse en el *Family Planning Waiver*. Esta no es una solicitud para recibir cupones de alimentos, cuidado infantil ni W-2. Si está interesado en alguno de estos programas de asistencia, comuníquese con el organismo de servicios humanos o sociales de su condado o tribu o bien con el organismo W-2 de su localidad. *Estos programas brindan ayuda a personas solteras o familias para solventar gastos de alimentación, cuidados infantiles o búsqueda de trabajo como parte del programa W-2.*

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o desea responder a las preguntas personal o telefónicamente, comuníquese con la agencia de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. Si tiene otras preguntas acerca de *Medicaid*, *BadgerCare*, *Family Planning Waiver* o *Food Stamps* de Wisconsin, llame a *Recipient Services* (Servicios para Beneficiarios) al 1-800-362-3002. También encontrará información en el sitio Web del *Department of Health and Family Services* en: <http://www.dhfs.wisconsin.gov/medicaid/>.

Si tiene alguna incapacidad y necesita acceder a las instrucciones y a la solicitud en un formato alternativo o en otro idioma, llame a *Recipient Services* al teléfono 1-800-362-3002 (llamada gratuita). Los servicios de traducción y la información traducida son gratuitos.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. Antes de llenar la solicitud, lea todas estas instrucciones y la información importante.
2. Escriba en forma clara y en letra de imprenta. Utilice tinta azul o negra.
3. Llene la solicitud en forma completa. Responda a todas las preguntas. Si la solicitud está incompleta, puede haber retrasos en la recepción de los beneficios de *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*. Si su solicitud no está completa, el organismo de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.
4. No escriba en las áreas sombreadas.
5. Incluya la información relativa a todas las personas que viven con usted. En caso de necesitar más espacio, agregue una segunda hoja.
6. Si está embarazada, incluya con su solicitud una nota firmada y fechada por su doctor u otro profesional de la salud que certifique su embarazo, la fecha prevista de parto y si espera un nacimiento múltiple.
7. Puede autorizar a un representante para que llene la solicitud en su nombre. Comuníquese con *Recipient Services* (Servicios para Beneficiarios) al teléfono 1-800-362-3002 para solicitar que se le envíe un formulario o visite nuestro sitio Web <http://dhfs.wisconsin.gov/medicaid1/applications.htm>. Este formulario autoriza a un representante para que complete y firme la solicitud por usted. Un tutor legal, guardián, apoderado legal o apoderado legal médico durable puede presentar una solicitud en nombre de otra persona sin que sea necesaria su autorización por separado.

CÓDIGOS UTILIZADOS

A continuación encontrará los códigos que se utilizan en la sección II de la solicitud.

Código de estado civil

En el espacio provisto escriba el código que mejor describa el estado civil de cada miembro de su hogar.

A	=	Anulado
D	=	Divorciado/a
LS	=	Legalmente separado/a
M	=	Casado/a
N	=	Nunca casado/a
S	=	Soltero/a
W	=	Viudo/a

Código de raza u origen étnico (Esta información es voluntaria y no se utilizará para determinar su elegibilidad).

A	=	Asiático
B	=	Negro
H	=	Origen hispano
I	=	Indio americano o nativo de Alaska
P	=	Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico
S	=	Oriundo del Sudeste asiático
W	=	Blanco

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La siguiente es información importante sobre la elegibilidad para inscribirse en los programas *Medicaid*, *BadgerCare* y *Family Planning Waiver* de Wisconsin.

- La fecha de su solicitud indica el día de recepción de la solicitud por parte del organismo local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. La solicitud debe incluir al menos su nombre completo, domicilio y firma. La decisión tomada sobre su elegibilidad para inscribirse en los programas *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver* le será enviada por correo dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud. Los formularios que no estén firmados no serán procesados y serán devueltos.

Es importante que se inscriba lo más pronto posible, ya que su elegibilidad para obtener los beneficios está basada en la fecha de su solicitud. Si usted reúne los requisitos, puede obtener los beneficios de *Medicaid* para cubrir hasta tres meses anteriores a la fecha de la solicitud, siempre y cuando se pueda reunir toda la información correspondiente a los meses previos y se determine su elegibilidad durante esos meses. Si desea obtener ayuda para pagar atención médica durante cualquiera de los tres meses previos a la fecha de solicitud (fecha retroactiva), asegúrese de haber marcado "Sí" en la solicitud, donde se realiza la pregunta de fecha retroactiva, y complete el formulario *Medicaid Backdating* (Solicitud de Cobertura Retroactiva, HCF 10100B) que acompaña al presente documento.

No se aplican fechas retroactivas para el plan *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*. La elegibilidad para estos programas no puede comenzar antes del primer día del mes en que presenta la solicitud.

- Sus derechos y obligaciones están detallados en el folleto *Wisconsin Medicaid Program - Eligibility and Benefits* (Programa Medicaid de Wisconsin: Elegibilidad y beneficios, PHC 10025). Si no tiene el folleto, puede obtenerlo en el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, o bien llamando a *Recipient Services* (Servicios para Beneficiarios) al 1-800-362-3002. Si tiene alguna duda sobre sus derechos y obligaciones, comuníquese con la agencia de servicios humanos o sociales de su condado o tribu o con *Recipient Services* al 1-800-362-3002.
- Si usted cumple con todos los requisitos para obtener los beneficios de los planes *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*, deberá completar una revisión cada 12 meses para determinar la continuación de su elegibilidad.

INFORMACIÓN PERSONAL

Conforme a la sección 49.54 (4) de las Leyes de Wisconsin, la información de identificación personal es confidencial y se utilizará solamente para administrar los programas *Medicaid*, *BadgerCare* y *Family Planning Waiver*.

NÚMERO DE SOCIAL SECURITY

Si algún miembro de su hogar no solicita los beneficios de los programas *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*, no será necesario incluir el SSN (número de *Social Security*) de esa persona. Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver* de Wisconsin, pero no deseen proporcionar ni solicitar su SSN, no podrán ser elegibles para obtener la cobertura conforme a la sección 49.82(2) de las Leyes de Wisconsin.

Si usted está solicitando únicamente los servicios de emergencia debido a su condición migratoria, no necesita dar información relativa a su SSN.

La información del SSN se empleará para administrar los programas *Medicaid*, *BadgerCare* y *Family Planning Waiver*. El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el *Internal Revenue Service (IRS)*, la *Social Security Administration (SSA)* y el *Department of Workforce Development*. Además, el departamento comparará su nombre y SSN con la información provista por proveedores de seguros de salud para determinar si tiene otro seguro.

Su SSN no será divulgado al *United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)*.

PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS

Notifique a la agencia **dentro de los 10 días**:

- sobre cualquier cambio en los **ingresos** de cualquier miembro del grupo familiar Y
- sobre cualquier otro cambio en la información suministrada en la solicitud que sea requerida en el formulario *Medicaid Change Report* (Informe de Cambios a Medicaid).
- En el caso del programa *Family Planning Waiver*, únicamente debe informar sobre los cambios en los datos de residencia dentro de los 10 días de ocurridos.

Puede informar sobre los cambios mediante el formulario *Medicaid Change Report* (Informe de Cambios a Medicaid, HCF 10137), que encontrará adjunto a esta solicitud.

NACIONALIDAD

Todos los miembros de su grupo familiar que solicitan ayuda deben ser ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos o bien gozar de una condición inmigratoria satisfactoria. La condición inmigratoria de cualquier persona de su grupo familiar que solicite beneficios se verificará ante el *United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)*. La información del USCIS podrá afectar la elegibilidad de las personas del grupo familiar y el monto de los beneficios. La condición inmigratoria no será verificada por el USCIS en el caso de aquellas personas de su grupo familiar que no soliciten asistencia.

COLABORACIÓN CON EL SUSTENTO DE MENORES

Si solicita los beneficios de *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver* para un niño cuyo padre o madre esté ausente, debe colaborar con el *Child Support Agency* para que determine la paternidad, ayudando a localizar a los padres ausentes, designando legalmente al padre ausente o haciendo cumplir sentencias de sustento de menores. Su negativa a colaborar con el *Child Support Agency* sin justa causa puede causar la finalización o reducción de los beneficios, siempre y cuando no esté embarazada.

OTRAS COBERTURAS MÉDICAS

Como condición para acceder a *Medicaid* y *BadgerCare*, debe notificar al organismo acerca de terceros que puedan ser responsables por el pago de atención médica para usted y su grupo familiar. Debe cooperar suministrando la información requerida. Esto también incluye cualquier seguro que esté disponible a través de un padre o madre ausente o un seguro de salud colectivo de su empleador.

REEMBOLSO DE MEDICAID

Las leyes estatales de Wisconsin establecen el reembolso de determinados beneficios de *Medicaid* y *BadgerCare* que usted pueda recibir por error. También establecen el reembolso de ciertos beneficios de *Medicaid* que usted reciba después de los 55 años y todos los beneficios de *Medicaid* que reciba mientras viva en una residencia para ancianos o esté internado en un hospital durante 30 días o más. En algunas circunstancias, se podrá establecer un derecho de retención sobre los beneficios que reciba su hogar mientras resida en una residencia para ancianos si es probable que no regrese a casa y si su cónyuge (o hijos menores o incapacitados) no vive en ella.

DERECHOS Y OBLIGACIONES

Su firma en esta solicitud significa que usted entiende y reconoce que la agencia de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, La agencia W-2 y el *Department of Health and Family Services* del estado están autorizados a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la correcta administración de los programas *Medicaid*, *BadgerCare* y *Family Planning Waiver* autorizados por las leyes de Wisconsin. Cualquier persona, institución financiera, entidad de informe crediticio o institución educativa, está autorizada a divulgar esta información, a menos que el acceso a ella esté prohibido o restringido por ley.

AUDIENCIA IMPARCIAL

Tiene derecho a apelar cualquier acción legal que se inicie en relación con su solicitud para el programa *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver* o los beneficios actuales con la que usted no esté de acuerdo solicitando una audiencia imparcial. Para solicitar una audiencia, deberá escribir a:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

o llamar al: teléfono (608) 266-7709

También puede encontrar el formulario [Request for Fair Hearing" form](http://dha.state.wi.us/home/) (Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial) en la página de Web de la *Division of Hearings and Appeals* <http://dha.state.wi.us/home/>.

Asimismo, a fin de obtener ayuda para presentar una solicitud de audiencia imparcial, puede comunicarse con la oficina en donde presentó su solicitud. Usted comprende que puede consultar el folleto *Wisconsin Medicaid Program – Eligibility and Benefits*, (Programa Medicaid de Wisconsin: Elegibilidad y beneficios, PHC 10025) o a la Notificación de Decisión para obtener más información sobre el proceso de audiencia imparcial.

El *Department of Health and Family Services* (DHFS) es un empleador y proveedor de servicios que adhiere a las prácticas de oportunidades igualitarias en el lugar de trabajo. Si tiene preguntas acerca de derechos civiles, llame al (608) 266-3465 (voz) o al (608) 266-2555 (TTY).

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con:

- Wisconsin Department of Health and Family Services (DHFS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz); (608) 266-5555 (TTY)
Fax: (608) 267-2147

o bien con:

- U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue
Suite 240
Chicago, IL 60601

Teléfono: (312) 886-5077 (voz) o (312) 353-5693 (TTY)

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Completó la solicitud?
- Si usted no es ciudadano estadounidense, ¿incluyó las copias de ambas carillas de la documentación sobre su condición migratoria?
- Si usted está embarazada, ¿incluyó la nota firmada y fechada de un médico u otro profesional de la salud certificando su embarazo y fecha de parto?
- ¿Leyó la sección "Derechos y obligaciones"?
- ¿Firmó y fechó la solicitud?
- ¿Si está actuando en nombre del solicitante, incluyó el formulario *Authorized Representative* (Representante autorizado)?
- Si solicita que su cobertura sea retroactiva, ¿incluyó la solicitud de *Medicaid Backdating* (Solicitud de Cobertura Retroactiva)?
- ¿Guardó las instrucciones e información importante (páginas 1 a 4) y el formulario *Medicaid Change Report* (Informe de Cambios a Medicaid, HCF 10137) para utilizarlos en el futuro?

Envíe la solicitud completa al departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, la agencia W-2 o a la filial de *Medicaid* de su condado. Puede encontrar los domicilios de las agencias del condado o tribu en: <http://www.dhfs.wisconsin.gov/Medicaid1/contacts/recipient-contacts.htm> o comunicarse con *Recipient Services* (Servicios para Beneficiarios) al: 1-800-362-3002. Guarde las instrucciones e información importante (páginas 1 a 4) y el formulario *Medicaid Change Report* (Informe de Cambios a Medicaid, HCF 10137) para utilizarlos en el futuro.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PROGRAMA

Si está interesado en servicios para veteranos de guerra, llame al 1-800-947-8347 (WIS-VETS), o comuníquese con el *Veteran Service Officer* (Funcionario de Servicio para Veteranos) de su condado.

Para obtener más información sobre el programa *Women, Infants, and Children (WIC) Nutrition Program*, llame al 1-800-722-2295.

Para obtener más información sobre servicios para mujeres, niños y familias, comuníquese con la *Wisconsin Maternal Child Health Hotline* (línea directa de Salud para el Niño y la Madre de Wisconsin) al 1-800-722-2295.

WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE, AND FAMILY PLANNING WAIVER APPLICATION SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS FAMILY MEDICAID, BADGERCARE Y FAMILY PLANNING WAIVER DE WISCONSIN

Utilice tinta azul o negra. No escriba en las áreas sombreadas. Utilice otra hoja si necesita más espacio. Escriba todas las fechas según el formato MM/DD/AA (por ejemplo: 04/02/58).

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

¿Necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos por algún miembro de su familia en alguno de los tres últimos meses?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, complete la *Medicaid Backdating* (Solicitud de Cobertura Retroactiva, HCF 10100B) que acompaña la presente solicitud.

¿Alguien en su hogar es ciego, discapacitado o incapacitado? Sí No

Marque el idioma en el que desea recibir las notificaciones. Inglés Español

¿Qué idioma se habla en su hogar?

Número de caso

Fecha de recepción del caso

La siguiente sección debe completarse con información relativa a la persona que solicita asistencia.

Nombre del solicitante (primer nombre, apellido, inicial del segundo nombre)

Número de teléfono (incluya el código de área)

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)

Domicilio postal, sólo si difiere del domicilio particular.

Escriba el nombre y apellido de sus hijos menores de 18 años que no asistan a la escuela a tiempo completo.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN GENERAL

Escriba el nombre y la información solicitada sobre todas las personas que viven en su hogar (por ejemplo: usted, su cónyuge, padre, madre, hijos, hijastros, etc.). Consulte la página 1 del documento adjunto denominado "Instrucciones de solicitud y revisión de los programas *Family Medicaid, BadgerCare* y *Family Planning Waiver* de Wisconsin" para conocer los códigos de estado civil y raza u origen étnico.

Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de *Medicaid, BadgerCare* o *Family Planning Waiver* de Wisconsin, pero no deseen proporcionar ni solicitar su SSN, no podrán ser elegibles para obtener la cobertura conforme a la sección 49.82(2) de las Leyes de Wisconsin.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Solicita cobertura de <i>Medicaid</i> o de <i>BadgerCare</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Solicita la cobertura <i>Family Planning Waiver</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de <i>Social Security</i> Sólo para solicitantes	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Código de estado civil	¿Es ciudadano estadounidense? Sólo para solicitantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Código de raza u origen étnico (opcional)	Relación con el solicitante			*¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Solicita cobertura de <i>Medicaid</i> o de <i>BadgerCare</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Solicita la cobertura <i>Family Planning Waiver</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de <i>Social Security</i> Sólo para solicitantes	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Código de estado civil	¿Es ciudadano estadounidense? Sólo para solicitantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Código de raza u origen étnico (opcional)	Relación con el solicitante			*¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Solicita cobertura de Medicaid o de BadgerCare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solicita la cobertura Family Planning Waiver <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Social Security Sólo para solicitantes
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Código de estado civil	¿Es ciudadano estadounidense? Sólo para solicitantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Código de raza u origen étnico (opcional)	Relación con el solicitante	*¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Solicita cobertura de Medicaid o de BadgerCare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solicita la cobertura Family Planning Waiver <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Social Security Sólo para solicitantes
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Código de estado civil	¿Es ciudadano estadounidense? Sólo para solicitantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Código de raza u origen étnico (opcional)	Relación con el solicitante	*¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Complete solamente si los padres del niño no estaban casados al momento de su nacimiento. Marque "Sí" si la paternidad se estableció por medio de una acción judicial o "No" si no fue así.

SECCIÓN III: INFORMACIÓN SOBRE PADRE O MADRE AUSENTE

Si existe alguna razón por la cual usted no desea brindar esta información, deje esta sección en blanco. La agencia de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información. Si usted es una mujer de entre 15 y 18 años de edad y está solicitando únicamente el programa *Family Planning Waiver* para usted, deje esta sección en blanco.

¿Hay algún menor en la familia (incluso fetos) cuya madre o padre biológico o adoptivo no resida en el mismo hogar? Sí No

¿Cuál es el nombre del padre o madre ausente? (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre).	¿Cuál es el nombre del niño? (Escriba "Feto" en caso de que el niño aún no haya nacido).

SECCIÓN IV: EMPLEO

¿Usted o algún miembro de su familia trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna de las personas nombradas más adelante es un trabajador migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
A continuación, complete con información sobre cada miembro de su hogar (incluido usted) que posea empleo.	
Nombre del trabajador (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre completo, dirección y número de teléfono del empleador
Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AA)	
Ingresos brutos mensuales de este mes (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)	
Ingresos brutos mensuales del mes próximo (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)	

WISCONSIN FAMILY MEDICAID / BADGERCARE APPLICATION
HCF 10100 (Rev. 04/04)

Nombre del trabajador (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre completo, dirección y número de teléfono del empleador
Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AA)	
Ingresos brutos mensuales de este mes (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)	
Ingresos brutos mensuales del mes próximo (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)	

SECCIÓN V: EMPLEO INDEPENDIENTE

¿Usted o algún miembro de su familia trabaja en forma independiente? Sí No

Si contesta "Sí", complete el resto de esta sección. Enumere los montos presentados ante el IRS en su formulario de declaración impositiva. Si no presentó la declaración impositiva correspondiente al año pasado, deje en blanco los casilleros de ingresos netos anuales y depreciación, en cuyo caso, la agencia de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.

Nombre del trabajador independiente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre y domicilio del negocio o empresa
Ingreso neto anual \$	
Monto de depreciación reclamado \$	
Escriba el ingreso neto anual (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) que espera percibir este año. \$	Rubro

Nombre del trabajador independiente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre y domicilio del negocio o empresa
Ingreso neto anual \$	
Monto de depreciación reclamado \$	
Escriba el ingreso neto anual (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) que espera percibir este año. \$	Rubro

SECCIÓN VI: INGRESOS NO SALARIALES

Algunos tipos de ingresos no salariales son *Social Security*, *Supplemental Security Income (SSI)*, la manutención o sustento del menor, subsidio de desempleo, indemnización laboral, el subsidio por enfermedad o invalidez, intereses, dividendos, los beneficios para veteranos de guerra, etc.

¿Algún miembro de su familia percibe ingresos no salariales? Sí No

Si contesta "Sí", complete el resto de esta sección por cada persona que percibe ingresos no salariales.

Tipo de ingreso	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Monto bruto mensual

SECTION VII: SEGUROS

En los últimos 18 meses, incluido el presente, ¿usted o algún miembro de su grupo familiar ha reunido los requisitos para solicitar alguna cobertura familiar conforme a un plan de seguro médico proporcionado por su empleador para el cual dicho empleador ha pagado al menos el 80% de la prima?

Sí No Si contestó "Sí", ¿qué miembros de su familia podrían haber recibido cobertura del seguro de este plan de salud?

Nombre de los miembros de la familia:

¿Alguna persona posee actualmente seguro médico o de salud o lo tuvo en los últimos tres meses? Sí No

Si contesta "Sí", complete el resto de esta sección.

Nombre y domicilio de la compañía de seguro	Nombre del asegurado	
	Número de póliza	
	Fecha de inicio	Fecha de finalización
	¿Quién está cubierto por la póliza?	

SECTION VIII: CUIDADO INFANTIL

¿Alguien paga por el cuidado de un niño o adulto para poder trabajar, buscar trabajo, asistir a la escuela o recibir capacitación? Sí No

Si contesta "Sí", complete el resto de esta sección por cada persona que paga por el cuidado.

Nombre de la persona que paga por el cuidado	¿A quién está destinado el cuidado?	
Nombre de la persona que proporciona el cuidado	¿Vive esta persona en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto mensual \$

SECCIÓN IX: PAGO DE SUSTENTO DE MENORES

¿Alguien paga el sustento de menores? Sí No

Si contesta "Sí", complete el resto de esta sección para cada miembro del hogar que paga sustento de menores

¿Quién paga el sustento de menores?	¿Quién recibe los pagos para el sustento de menores?	Monto mensual \$

SECCIÓN X: EMBARAZO

¿Hay alguna mujer embarazada en su hogar? Sí No

Si contesta "Sí", complete el resto de esta sección por cada mujer embarazada en el hogar. Debe suministrar al organismo local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu la verificación de un profesional médico que certifique el embarazo y fecha de parto.

Nombre completo de la mujer embarazada	Fecha de parto	¿Espera un nacimiento múltiple? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de bebés que se esperan
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN XI: DERECHOS Y OBLIGACIONES

Su firma en esta solicitud significa que usted entiende y reconoce que el organismo de servicios humanos o sociales de su condado o tribu y el *Department of Health and Family Services* del estado están autorizados para solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la correcta administración de los programas *Medicaid*, *BadgerCare* y *Family Planning Waiver* autorizados por las leyes de Wisconsin.

Tiene derecho a apelar cualquier acción legal que se inicie en relación con su solicitud para el programa *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver* o los beneficios actuales con la que usted no esté de acuerdo solicitando una audiencia imparcial. Para solicitar una audiencia, deberá escribir a:

WISCONSIN FAMILY MEDICAID / BADGERCARE APPLICATION
HCF 10100 (Rev. 04/04)

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

o llamar al: teléfono (608) 266-7709

También puede encontrar el formulario [Request for Fair Hearing” form](http://dha.state.wi.us/home/) (Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial) en la página Web de la *Division of Hearings and Appeals* <http://dha.state.wi.us/home/>.

Asimismo, a fin de obtener ayuda para solicitar una audiencia imparcial, puede comunicarse con la oficina en donde presentó la solicitud. Usted comprende que puede consultar el folleto *Wisconsin Medicaid Program – Eligibility and Benefits*, (Programa Medicaid de Wisconsin: Elegibilidad y beneficios, PHC 10025) o a la Notificación de Decisión para obtener más información sobre el proceso de audiencia imparcial.

El *Department of Health and Family Services* (DHFS) es un empleador y proveedor de servicios que adhiere a las prácticas de oportunidades igualitarias en el lugar de trabajo. Si tiene preguntas acerca de derechos civiles, llame al (608) 266-3465 (voz) o al (608) 266-2555 (TTY).

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con:

Wisconsin Department of Health and Family Services (DHFS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz); (608) 266-5555 (TTY)
Fax: (608) 267-2147

O bien con el:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Teléfono: (312) 886-5077 (voz) o (312) 353-5693 (TTY)

He leído mis derechos y obligaciones y comprendo las preguntas y declaraciones expresadas en este formulario de solicitud. Comprendo las sanciones que supone brindar información falsa o infringir las reglas. Certifico bajo pena de falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender, incluso en lo que atañe a la nacionalidad de cada miembro de mi familia que solicita los beneficios. Acepto suministrar la documentación que sea necesaria para probar mis dichos. Comprendo que la agencia puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones a fin de obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

FIRMA del solicitante o representante autorizado

Fecha de la firma

REQUEST FOR MEDICAID BACKDATED COVERAGE
SOLICITUD DE COBERTURA RETROACTIVA DE MEDICAID

Si se considera que usted reúne los requisitos, puede obtener los beneficios de *Medicaid* para cubrir hasta tres meses anteriores a la fecha de la solicitud, siempre y cuando se pueda reunir toda la información correspondiente a los meses previos y se determine su elegibilidad durante esos meses. Si desea obtener ayuda para pagar la atención médica durante cualquiera de los tres meses previos a la fecha de solicitud (cobertura retroactiva), asegúrese de haber marcado "Sí" donde se realiza esta pregunta en la solicitud y complete este formulario.

Si hubiera diferencias en las condiciones en cualquiera de los tres meses previos al mes en el que presentó la solicitud, enumérelas abajo para cada mes para el que solicita la cobertura retroactiva. Dichas diferencias pueden ser, entre otras: composición del grupo familiar, ingresos, activos (sólo si alguien de la familia tiene 65 años de edad o más, es ciego o incapacitado), vehículos, seguro.

El mes 1 será el primer mes en el que pueda considerarse que cumple con los requisitos. Por ejemplo, si usted presentó su solicitud en junio, ese es el mes de su solicitud. Si usted tiene facturas médicas de marzo y desea cobertura retroactiva hasta ese mes, entonces Marzo es el mes 1, abril, el mes 2 y mayo, el mes 3. Responda a las siguientes preguntas para cada mes para el que tiene facturas médicas y desea cobertura retroactiva.

Mes 1

¿Solicita cobertura retroactiva para este mes? Sí No

¿Hay alguna diferencia en la información suministrada en la solicitud entre este mes y el de la solicitud? Sí No

Si contesta "Sí", describa los cambios.

Mes 2

¿Solicita cobertura retroactiva para este mes? Sí No

¿Hay alguna diferencia en la información suministrada en la solicitud entre este mes y el de la solicitud? Sí No

Si contesta "Sí", describa los cambios.

Mes 3

¿Solicita cobertura retroactiva para este mes? Sí No

¿Hay alguna diferencia en la información suministrada en la solicitud entre este mes y el de la solicitud? Sí No

Si contesta "Sí", describa los cambios.

FIRMA del solicitante

Fecha de la firma

MEDICAID CHANGE REPORT INFORME DE CAMBIOS A MEDICAID

Si actualmente usted está recibiendo beneficios de *Medicaid*, debe informar todos los cambios que se produzcan en la composición de su grupo familiar (si alguna persona se muda al hogar o se va de él, si alguien contrae matrimonio, si alguna mujer queda embarazada o da a luz), en el domicilio, en los ingresos, en los activos (sólo para aquellas personas de 65 años o más, ciegos o incapacitados) o en las condiciones de trabajo **dentro de los diez días de ocurrida la modificación**. En caso de que se haya producido alguno de los cambios mencionados anteriormente, complete el presente informe y envíelo por correo o llévelo a la oficina que se menciona en el casillero a continuación, o bien comuníquese telefónica o personalmente con el empleado del organismo para informar los cambios. Si necesita más espacio para documentar algún cambio, adjunte al informe una hoja con la información adicional.

(Domicilio de la agencia del condado)

Su nombre	Número de caso	Nombre del trabajador
-----------	----------------	-----------------------

Si intencionalmente no informa sobre algún cambio o proporciona información falsa, puede ser multado, tener que pagar todos los beneficios de *Medicaid* que haya recibido incorrectamente, ser pasible de acción judicial o estar sujeto a todas ellas. Se le puede exigir que presente evidencias de cualquier cambio que informe.

SECCIÓN I: CAMBIO DE DOMICILIO

Si cambia de domicilio, debe informar la nueva dirección.

Fecha del cambio	Nuevo número de teléfono
Nuevo domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	

SECCIÓN II: CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Debe informar si alguna persona se muda al hogar o se va de él, si alguien contrae matrimonio, si alguna mujer queda embarazada o da a luz (incluya información sobre la persona que dio a luz y sobre el recién nacido).

Nombre (s) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha del cambio	
Número de <i>Social Security</i> (SSN)*	Fecha de nacimiento	Parentesco con el jefe de familia

Describa el tipo de cambio.

*Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de *Medicaid* de Wisconsin pero no deseen proporcionar ni solicitar su SSN, no reunirán los requisitos para obtener la cobertura conforme a la sección 49.82(2) de las Leyes de Wisconsin.

SECCIÓN III: CAMBIO EN LOS INGRESOS

Debe informar sobre cambios en sus ingresos brutos, las nuevas fuentes de ingreso, los cambios en las condiciones de trabajo (de tiempo parcial a tiempo completo o viceversa, pérdida del empleo), los cambios en el salario o la tarifa de pago, en el monto de *Social Security*, beneficios de veteranos de guerra, seguro de desempleo, indemnización laboral o cualquier otro tipo de cambio en el monto de dinero que recibe su hogar.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha del cambio en los ingresos	
Fuente de ingreso	Monto mensual	Frecuencia de pago

SECCIÓN IV: CAMBIO EN EL PATRIMONIO

Los ancianos, ciegos o discapacitados deben informar los cambios en su dinero en efectivo, cuentas bancarias, bonos, acciones, vehículos o cualquier otro tipo de bienes.

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha del cambio
Tipo de bien	Describa el tipo de cambio.	Nuevo valor o monto \$

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha del cambio
Tipo de bien	Describa el tipo de cambio.	Nuevo valor o monto \$

SECCIÓN V: CAMBIO EN LOS VEHÍCULOS

Debe informar si adquiere, vende o regala autos, camiones, motocicletas, embarcaciones, vehículos de recreación para la nieve, cámpers o cualquier otro tipo de vehículos.

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Fecha del cambio	
Tipo de vehículo	Marca	Modelo	Año	Monto recibido \$	Describa el tipo de cambio (compra, venta, etc.)

SECCIÓN VI: OTROS CAMBIOS

Informe cualquier otro cambio que crea que pueda afectar su elegibilidad para *Medicaid*. Algunos ejemplos de "otros cambios" son la obtención o el abandono de un seguro de salud y la adquisición o la recuperación de una incapacidad. Incluya la fecha de cualquier otro cambio.

Describa el tipo de cambio.

¿Cree que los cambios que ha informado en este formulario seguirán vigentes el próximo mes? Sí No

En caso de respuesta negativa, explique.

SECCIÓN VII: FIRMA

Entiendo que se aplican sanciones por encubrir información o por suministrar información falsa. También entiendo que puedo tener que pagar los beneficios recibidos por no informar todos y cada uno de los cambios en mi situación. Convengo en presentar evidencias de cualquier cambio si se me requiriere hacerlo. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas, según mi leal saber y entender.

FIRMA del participante	Fecha de la firma	Número telefónico
------------------------	-------------------	-------------------

GUARDE EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL EXPEDIENTE DEL CASO